Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Beitrag zur Lehre von der hysterischen Pseudoparese der Beine nach Trauma.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Gerhard Schichhold

aus Wellersdorf, Kr. Sorau N.-L.

Kiel 1910.

Druck von Rauert & Pittius, Sorau N.-L.

Aus der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.

Beitrag zur Lehre von der hysterischen Pseudoparese der Beine nach Trauma.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Gerhard Schichhold

aus Wellersdorf, Kr. Sorau N.-L.

Kiel 1910.

Druck von Rauert & Pittius, Sorau N.-L.

Nr. 73.
Rektoratsjahr 1910/11.

Referent: Prof. Dr. **Siemerling.**

Zum Druck genehmigt:

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Graf v. Spee.**
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153522_0035

In seinem Werk über „Hysterie" hat Biswanger diese Krankheit einmal als Schmerzenskind der Nervenpathologie bezeichnet, weil seit Jahrhunderten alle Bemühungen in der Erkennung des Wesens der Hysterie sowohl, wie in einer geordneten Zusammenfassung der hierher gehörigen verschiedensten Krankheitserscheinungen zu keinem befriedigenden Resultat geführt haben. Eine selbständige, innige und unteilbare Krankheit „Die Hysterie" gibt es nicht; es gibt nur einen hysterischen Symptomenkomplex, der aus einzelnen hysterischen Stigmata zusammengesetzt ist. Trotz der verschiedensten Theorien, die aufgestellt worden sind, muss die Hysterie noch unter dem gewissermassen abstrakten Begriff der funktionellen Krankheiten eingereiht werden, d. h. zu denjenigen Krankheiten des Nervensystems, die keine wahrnehmbare Veränderung des Gewebes erkennen lassen. Pomme machte in pathologisch-anatomischer Hinsicht den vergeblichen Versuch, die Hysterie auf eine Einschrumpfung der Nerven zurückzuführen, während Young wieder die Ursache der Hysterie in der Erkrankung der Drüsen ohne Ausführungsgang (Nebenniere, Hypophyse) gefunden zu haben glaubte.

Indessen auch noch in anderer Beziehung findet der Ausdruck von Biswanger seine Berechtigung insofern, als die Hysterie fast alle anderen Krankheiten vortäuschen kann, indem sie nach dem verschiedenen Sitz der hysterischen Affektion einen vollständig lokalen, der betreffenden funktionellen Eigentümlichkeit des Organs angepassten Charakter haben kann. Eigenartige, selbständige Krankheitsbilder treten somit zu Anfang in den Vordergrund und erscheinen durch die bestimmten Angaben des Patienten um

so glaubwürdiger, während der Kernpunkt des ganzen Leidens, nämlich das hysterisch-nervöse Moment sich durch Täuschungen der wahren Diagnose zu entziehen sucht. Erst die negativen Resultate bei der objektiven Untersuchung, die nach der eingebildeten Krankheit des Patienten fahndet, geben dann oft erst den Hinweis nach der richtigen Spur, die sich durch genaueste Anamnese, Status und scharf beobachteten Krankheitsverlauf auch als richtig erweist.

Und trotzdem haben wir die Hysterie als eine Krankheit von ihrem Standpunkt aus aufzufassen. Denn der Begriff der Simulation, der sich hierbei einem unwillkürlich aufdrängt, wäre durchaus nicht immer am Platze, besonders wenn nicht wie bei der Simulation wirklich absichtliche, aus einer krankhaften Neigung zu bewusster Lüge entspringende Täuschungsversuche vorliegen, sondern vielmehr, wenn sich ohne das Zutun des Patienten auf Grund phatologischer Phantasievorstellungen vorwiegend hypochondrischen Inhalts bestimmte körperliche Veränderungen entwickelt haben. Wir haben es also bei den hysterischen Krankheitserscheinungen zu tun mit pathologisch gesteigerten Gefühlszuständen, die um so mehr an Bedeutung gewinnen, je lebhafter die individuelle Reaktion ist, sodass diese Quelle ergiebig sein muss sowohl für die Combination wie für die Variation von hysterischen Krankheitsäusserungen. Die körperlichen Symptome der Hysterie sind also in der Tat psychogen. —

Es soll nun nicht meine Aufgabe sein die Bedeutung der Hysterie beim Mann oder bei der Frau, oder die mannigfachen Arten der Aetiologie der Hysterie zu behandeln, sondern an der Hand des mir von Herrn Geh. Med. Rat Prof. D. Siemerling gütigst zur Verfügung gestellten Falles die Folgeerscheinungen der Hysterie, als eine Reihe pathologisch gesteigerter Erregbarkeitszustände der Grosshirnrinde zeigen zu dürfen, die ihren Ausgangspunkt haben in einem der wesentlichsten ätiologischen Faktoren auf diesem Gebiete, nämlich in dem Trauma. — —

Bei der traumatischen Hysterie spielt das Trauma die Rolle des hypnotisierenden Momentes, des „Agent provocateur", wie es genannt worden ist. Die Krankheitserscheinungen beziehen sich fast immer auf den verletzten Körperteil, obwohl eine materielle Läsion der Nervenstämme keineswegs stattzufinden braucht.

Am 13. Oktober 1908 war Ludwig H. mit dem Aufrichten eines schweren Grabsteines aus Granit beschäftigt und fühlte beim Halten desselben plötzlich einen Ruck im Kreuz und in den Bainen. Er arbeitete dann noch einige Tage bis die andauernden Schmerzen im Centralnervensystem wie in den unteren Extremitäten so stark wurden, dass er die Arbeit aufgeben musste. Trotz Behandlung mit Pendeln, Massage und Elektrizität wollten die Beschwerden nicht besser werden. Der objektive Untersuchungsbefund von verschiedenen Aerzten, Röntgenbildern der Wirbelsäule u. s. w. ergaben negatives Resultat mit Ausnahme geringer Sensibilitätsstörungen der linken unteren Extremität. Die Reflexbewegungen der Beine, sowie der sonstigen Körperteile waren normal. Die Gehbewegungen waren gehemmt, die Schritte schlürfend auf dem Boden besonders rechts — das linke Bein sollte allerdings das schlimmere sein. – Die Kniee waren bei dem schwerfälligen Gehen nicht durchgedrückt trotz scheinbar übermässiger Muskelanspannung, so dass der Patient bei der wiederholten Prüfung seiner Gehversuche seitens der Aerzte beschleunigte Atmung und frequenten Puls hatte, sogar schwitzte. Kurzum das Gehen wurde H. schwer und schmerzhaft, sodass er meist den Stock dabei benutzen musste. Hierbei muss aber bemerkt werden, dass die Art des Gehens nicht immer dieselbe war (cf. Krankengeschichte). Bald ist der Gang steif und breitbeinig, bald schlürfend, bald ungleichmässig schleppend. Dann können wieder nicht einmal die Füsse vom Boden gehoben werden und ähnlich. Forzierte Körperbewegungen, wie das Besteigen des Untersuchungstisches, führte der Patient ohne Zuhülfenahme der Beine aus, indem er sich mit dem Rücken gegen den Tisch lehnte und mit den Armen sich hinaufstemmte. Das freie Aufrichten aus der Liegestellung ohne Zuhilfenahme der Arme war ihm unmöglich, während er bei Rückenlage die Beine bis zur Senkrechten zeitweise heben konnte. Der aktive Widerstand gegen die grobe Kraft war besonders beim Beugen der Beine nicht wesentlich herabgesetzt. Beim längeren Sitzen behauptete Patient ebenfalls Schmerzen zu haben im Kreuz; auch zeigten sich Schmerzen beim Stauchen der Schultern und beim Klopfen der Wirbelsäule in der Höhe des 8 – 9 Brustwirbels. An der linken Seite und am linken Bein zeigten sich Sensibilitätsstörungen, die jedoch un-

genau angegeben wurden. Die Schmerzempfindung schien im ganzen Körper mit Ausnahme der Nasenspitze herabgesetzt zu sein. An den grossen Nervenstämmen der Beine stellte sich eine Druckempfindlichkeit heraus. Besonders aber klagte H. über andauernde Kopfschmerzen, die ihm längere Bettruhe unmöglich machten. Eine Atrophie der Beinmuskulatur stellte sich in der Folgezeit nicht ein, ebenso lagen erbliche Belastung oder sonst etwas Bedeutsames in der Amamnese des 39jährigen, kräftig gebauten Mannes nicht vor, so dass man einen Anhaltspunkt für ein Nervenleiden organischer Natur hätte finden können. Dass H. nach dem Unfalle von dem tatsächlichen Vorhandensein seiner Krankheit auf das festeste überzeugt war, bedarf keiner Erwähnung.

Es kann nicht ohne weiteres von der Hand gewiesen werden, dass bei der oben erwähnten körperlichen Anstrengung, wobei besonders die Wirbelsäule erheblich in Anspruch genommen wurde, gewissermassen eine geringe Erschütterung des Centralnervensystems beziehungsweise des Rückenmarks vom klinischen Standpunkte aus stattgefunden hat. Trotzdem stand die geringe Intensität des Traumas mit den erheblichen Folgeerscheinungen nicht in äquivalenter Beziehung, eine Tatsache, für die die zahlreichen Untersuchungen und Beobachtungen derartiger Krankheiten z. T. bürgen.

So geht es auch aus den von Charkot gemachten Beobachtungen hervor, dass die traumatische Hysterie durchaus nicht abhängig ist von der besonderen Beschaffenheit (Stoss, Sturz, Schlag u. s. w.) oder von der Intensität der stattgehabten Verletzung, sondern dass einzelne mit dem Trauma verknüpfte Nebenumstände auf die besondere Ausprägung der hysterischen Krankheitserscheinungen einen gewissen Einfluss besitzen.

Ein lokalisierter, wenn auch geringer Nervenschock wurde auch bei H. erzeugt; dieser war aber nur das auslösende Moment für die wahrscheinliche Autosuggestion: „Ich war dieser erheblichen körperlichen Anstrengung nicht gewachsen, und habe mir infolgedessen einen Schaden getan!“ Auch Charkot ebenso wie Zichen betonen in der traumatischen Hysterie besonders den psychischen Ursprung und bezeichneten den nervösen Schock als eine „besondere Störung des psychischen Gleichgewichtes“. Infolge der Autosuggestion erlangen die erwähnten psychischen Störungen eine Intensität und eine Entwicklung, die das Auftreten

der konsekutiven, hysterotraumatischen Krankheitserscheinungen erklären lassen. Die traumatische Schädigung mit der Gemütserschütterung werden übertönt von einer krankhaft gesteigerten Suggestibilität, die nun in den Vordergrund des ganzen Krankheitsbildes tritt. Gegenüber dieser Charkot'schen Lehre betonen andere Autoren wie Biswanger, Oppenheim u. a. doch mehr das Trauma als solches vom ätiologisch klinischen Standpunkte aus und sehen in ihm eine psychische Erschütterung des centralen Nervensystems, eine commotio im wahren Sinne des Wortes ohne jede hereditäre Prädisposition. Pitres dagegen verkennt nicht, dass eine solche Molekularschädigung der centralen Nervenelemente mit ihrer Wirkung abhängig sei von der individuellen krankhaften Prädisposition. Er berücksichtigt auch diesen Faktor hinsichtlich der ätiologischen Bedingungen der Hysterie, schliesst sich aber zum Schluss völlig der Charkot'schen Schule an, dass das Trauma in diesen Fällen nur auslösende Ursache bei schon vorher zur Hysterie prädisponierten Individuen sei, im Gegensatz zu anderen Autoren. Mag nun bei der Entstehung der traumatischen Hysterie mehr der psychische oder physische Faktor der vorherrschende sein, mag die Hysterie mehr auf erblicher Prädisposition, oder auf dem Boden des Alkoholismus (selten) und anderen körperlichen Schädlichkeiten basieren, wir stehen jedenfalls vor einem Krankheitsbilde und in unserem besonderen Falle vor einer scheinbaren Parese der Beine, deren richtige Beurteilung doch sowohl in klinischer wie in sozialer Hinsicht von grösster Bedeutung ist.

H. klagte gleich nach dem Unfall über grosse Schmerzen und Schwäche in den Beinen, sodass ihm das Gehen und Stehen fast unmöglich wurde. Wir bezeichnen diesen — meist akut einsetzenden — Zustand klinisch kurz als hysterische Abasie und Astasie (Blocq 1888) d. h. als einen krankhaften Zustand, bei welchem die Unmöglichkeit des Stehens und des normalen Gehens im Gegensatz steht zu der Unversehrtheit der Empfindlichkeit der Muskelkraft und der übrigen Bewegungen der Beine. Ausser der Astasie und Abasie auf hysterischer Grundlage gibt es noch eine hypochondrische Form. Die pathologische Wirksamkeit der Lähmungsvorstellung ist in beiden Fällen unverkennbar, aber dennoch ist ein deutlicher Unterschied vorhanden: Der Hysterische

selbst weiss nichts von einer solchen Lähmungsvorstellung, es handelt sich bei ihm um eine latente Vorstellung, die eine abnorme Wirksamkeit entfaltet; umgekehrt ist bei jenen hypochondrischen Zuständen die aktuelle Vorstellung der Lähmung das Entscheidende. Der Kranke beschäftigt sich Tag und Nacht mit dieser Vorstellung und erzählt selbst seine Lähmungsbefürchtungen. Die latente Lähmungsvorstellung des Hysterischen führt auf körperlichem Gebiete schwere Lähmungserscheinungen herbei, sie schaltet die Region des gelähmten Beines vollständig aus dem Bereich der aktuellen Associationen aus. Das momentane Versagen der Beine z. B. nach einem, wenn auch geringfügigen Trauma, das bei normalen Individuen nur vorübergehend ist, gibt bei Hysterischen Anlass zu einer dauernden Paraplegie der Beine, die sich aber mehr dem Begriffe einer Muskelschwäche nähert. Gerade bei der traumatischen Hysterie finden wir häufig diese Art motorischer Schwäche. Das Ausschlaggebende dabei ist jedoch, dass es sich nicht um eine einfache Abschwächung der kontraktilen Kraft der Muskeln handelt, sondern diese „Amyosthenie", wie sie französische Autoren bezeichnen, beruht im wesentlichen auf Störungen cortikaler Innervationen, welche hemmend auf die Auslösung neuer Bewegungsimpulse wirken infolge krankhaft gesteigerter Empfindungen und abnormer Schmerzgefühle, welche mit den motorischen Leistungen verknüpft sind. Neben der Vorstellung der Hilflosigkeit wirkt noch die Empfindung eine bestimmte Art neuer Bewegungsimpulse nicht auslösen zu können, während — und das ist ein äusserst typisches Symptom der hysterischen Lähmungen — irgendwelche andere motorische Leistungen weder eine Schädigung der motorischen Kraft, noch eine Störung in der Kombination beziehungsweise Koordination der Bewegung erkennen lassen. Bezugnehmend auf unseren Fall sahen wir auch, dass H. bei seinen Gehversuchen kaum die Beine von dem Boden abheben konnte, und ein Versuch ihn dazu zu veranlassen, wäre unmöglich gewesen. Indessen bestand in seinem Vorstellungsvermögen die Fähigkeit in der Rückenlage die Beine bis zur Senkrechten fast heben zu können, was er auch gut ausführte. Ebenso war die Schwäche in den Beinen beim Gehen mit nicht durchgedrückten Knieen nicht in Einklang zu bringen mit dem ziemlich guten aktiven Widerstand gegen die grobe Kraft während

der Untersuchung. Trotz der normalen Funktion dieser Bewegungsgruppe bleibt das Gehen und Stehen cortikopsychischen Störungen unterworfen und somit fast unausführbar. Ja es übt sogar dieser Affektvorgang erregende Einwirkungen aus auf die Cirkulation, Atmung und Muskeltonus, wie auch bei H. beobachtet wurde natürlich zu Gunsten der psychischen Komponente der Bewegungsstörungen. Die aktive Muskeltätigkeit wird von den Patienten nach Möglichkeit eingeschränkt, da wirklich bei einer grossen Zahl von Krankheitsfällen bei jeder aktiven Bewegung Schmerzgefühle ausgelöst werden. Ja es kann dies sogar soweit führen, dass aus dem Nichtgebrauche des entsprechenden Gliedes, — wahrscheinlich infolge des Abblassens der Erinnerungsbilder der Bewegungsvorstellungen – eine mehr oder weniger weitgehende Insuffizienz der cortiko-motorischen Dynamik entspringt. In den meisten Fällen ist die Lähmung nicht absolut, es handelt sich vielmehr um eine stärkere oder geringere Parese, und es ist interessant zu beobachten, wie sehr die Intensität der Lähmung unter psychischen Einflüssen steht. Die leichteste Suggestion und die geringste Hinlenkung der Aufmerksamkeit auf die paretische Extremität kann genügen, um die Parese zu verstärken. So wissen wir auch von dem Patienten unsres Falles, dass er zeitweise ohne Stock auch im Freien gehen, oder längere Zeit z. B. beim Kartenspiel sitzen konnte, sicherlich wenn er unter einem Eindruck stand, der ihn von seiner Krankheit völlig ablenkte. Im anderen Falle wurde ihm die Ausübung dieser geringen körperlichen Arbeit besonders schwer, wenn er gezwungen war sich mit seiner Lähmung infolge des Unfalles intensiver zu beschäftigen, also wie bei den Untersuchungen. Aktuelle hypochondrische Vorstellungen, wie die bewusste Angst vor etwaigem Fallen sind dabei weniger beteiligt als das Gefühl: Die Glieder versagen den Dienst. So erklärt von Strümpell kurz das Entstehen der hysterischen Lähmung als eine krankhafte Aenderung der Willensvorstellung. Ein Beweis, dass alle hysterischen Paresen nicht auf einem wirklich organischen Leiden basieren, kann durch mehrfache Beobachtungen und Versuche erbracht werden. Das gelähmte Bein wird nicht wie bei wirklichen Paresen nach organischen Hemiplegieen in einem nach aussen konvexen Bogen bei gestrecktem Knie vorwärtsgeführt, sondern in gerader Linie

nachgeschleift. Zu einem eigentlichen Vorsetzen kommt es nicht. Das Knie ist gebeugt, und der Fuss hat beim Aufheben des Beines, falls dies überhaupt möglich ist, oft die Stellung einer Peronaeuslähmung (cf. Krankengeschichte). Ferner sind die Sehnenreflexe bei der hysterischen Lähmung meist normal. Nur vereinzelt wurde bei lange bestehenden Lähmungen ausnahmsweise beobachtet, dass eine tatsächliche Veränderung der Sehnenphänomene stattgefunden hatte. Dagegen kommt das Babinsky'sche Phänomen bei der Hysterie niemals vor. Ebenso charakteristisch ist auch das Verhalten der elektrischen Erregbarkeit der hysterisch gelähmten Muskeln. Diese bleibt fast vollständig intakt. Nur ganz ausnahmsweise beobachtet man ferner eine Atrophie der Muskeln. Endlich ist auch sehr bezeichnend, dass im Alkoholrausch und in der Narkose, sowohl beim Beginn, wie beim ersten Erwachen aus derselben, die gelähmte Extremität zuweilen fast normal bewegt wird, da die pathologische Wirkung des psychischen Momentes dann ausgeschaltet wird. Hoebius bezeichnet daher kurz die hysterische Lähmung als eine mangelnde Willenslähmung, die sich willkürlich nachmachen lässt. Die Lähmung eines n. oculomotorius oder m. serratus oder einer Muskelgruppe, die für sich allein willkürlich nicht innerviert werden kann, wird nie hysterischer Art sein.

Die Sensibilitätsstörungen der Hysterischen mit partiellen Lähmungen sind meist regionär und entsprechen im Wesentlichen ganz dem Gebiete der regionären Lähmung. Interessant ist, dass die Sensibilitätsstörungen öfters links als rechts auftreten. Man hat dies so zu erklären gesucht, dass die linke Körperhälfte in unserer Hirnrinde durch viel weniger Tast-, Bewegungs- und andere Vorstellungen vertreten ist. Untersucht man die Kranken sorgfältiger und öfter namentlich, so ergibt sich, dass die Sensibilitätsgrenzen weder scharf noch konstant sind; die Verschiebung beträgt oft mehrere Centimeter. Nach v. Strümpell's Erklärung haben wir es dann mit einer hysterischen Sensibilitätsstörung und Anaesthesie zu tun, wenn sich das Bewusstsein von sensorischen Eindrücken abwendet. Etwas mehr cirkumskript lokalisiert ist die Empfindlichkeit der tieferen Teile, die die sogenannten hysterischen Druckpunkte darbieten. So finden wir auch in unserm Falle stärkere Druckempfindlichkeit ausser an der Wirbel-

säule noch in der Verlaufsgegend der grösseren Nervenstämme der unteren Extremitäten.

Indessen ich möchte bei der ganzen Betrachtung der hysterischen Lähmungen immer wieder gerade das psychische Moment der Krankheit betonen, und dass besonders nach einem Trauma bei den Patienten auf Grund pathologischer Phantasievorstellungen vorwaltend hypochondrischen Inhalts, sich ohne ihr Zutun bestimmte krankhafte körperliche Veränderungen entwickelt haben, die einer vollständigen Heilung nur sehr schwer zugänglich sind, aus ganz natürlichen und verständlichen Gründen. Diese letzteren sind nicht zum mindesten auf dem Gebiete der sozialen Gesetzgebung zu suchen, und zwar gilt dies im ganz besonders hohen Masse von dem Unfallversicherungsgesetz (Mai 1884) und seinen Erweiterungen (1886, Juli 1887, und 30. Juni 1900). Bruns sagt in seinem Werke über die Unfallsneurosen mit Recht, dass man heutzutage sowohl für die Entstehung eines Teiles der Symptome dieser Unfallsneurosen, wie ganz besonders für ihre Hartnäckigkeit diese Gesetze und ihre Ausführung verantwortlich machen muss. Hoffmann machte 1891 sogar darauf aufmerksam, dass die Unfallsgesetzgebung und ihre Handhabung geradezu traumatische Neurosen hysterischen Charakters heranzüchte. Nach dem heutigen Unfallgesetz ist der Verletzte – wenn auch indirekt – geradezu darauf angewiesen sich auf etwa kommende Folgesymptome seines Unfalls zu beobachten. Dazu kommen ebenso intensiv gefühlsbetonte Vorstellungen der finanziellen Folgen des Unfalls. Hat letzterer nun eine körperliche Schädigung von gewisser Bedeutung verschuldet, so ist es nur zu gut begreiflich, dass das Trauma durch diese spezifischen, länger dauernden psychischen Einflüsse Krankheitsbilder hervorruft, welche sich zwangsartig und mit unabweisbarer Hartnäckigkeit im Bewusstsein der Kranken festgesetzt haben, und diesen mehr oder weniger auf die Bahn eines Hysterikers lockt. — Nehmen wir z. B. an: Ein Mann hat einen Unfall erlitten, er fühlt, dass in seinem Körper eine Veränderung stattgefunden hat, und wird von dem hinzugezogenen Arzt in der Ueberzeugung seines Leidens bestärkt durch eine Diagnose. Die Wiederherstellung der Gesundheit zieht sich in die Länge. Vor den verschiedenen ärztlichen Gutachtern hat er seine Beschwerden oft-

mals mündlich und schriftlich aufzählen müssen. Selbstverständlich beginnt er so mehr und mehr sich nur selbst zu beobachten, zunächst die wirklich vorhandene Schädigung, dann alle möglichen Empfindungen, die er mit dem Unfall in Verbindung bringt. Die Sorge um die Existenz seiner Person und eventuell seiner Familie während seiner Erwerbsunfähigkeit richten seine Gedanken immer mehr auf die Rente, die ihm ja überhaupt zukommt, da er einen Unfall erlitten hat. In welchem Masse von dieser an sich ganz berechtigten Ansicht, die heutzutage weite Kreise der Unfallversicherten beherrscht, Gebrauch gemacht wird, beweist die enorm gestiegene Statistik.

Man würde aber dem Hysteriker Unrecht tun, wenn man den Kampf um die Unfallsrente ausschliesslich als Leitmotiv für die Aeusserung von Schmerzen und für die Vortäuschung von Kraftlosigkeit und Lähmung ansehen würde. Dass besonders bei dem Menschen in reiferem Alter länger dauernde psychische Einflüsse, wie eben Aerger, Sorge um die Existenz, die manchmal unlösbar mit seinem Zustande verknüpft sind, eine wichtige Rolle in der Entwicklung der Hysterie spielen, ist bei der ganzen Beurteilung nicht zu gering anzuschlagen. Die begleitenden Nebenumstände, dass der sonst arbeitsgewohnte Kranke zu Bett liegt, die fortwährenden Fragen nach seinem Befinden, die Erzählung von Geschichten „ähnlicher Fälle“; endlich wohl auch die ärztlichen Manipulationen zur Hebung seines Leidens tragen viel dazu bei, dass die schon an und für sich leichte Suggestibilität noch um ein Beträchtliches erhöht wird.

Durch die genaue Selbstbeobachtung aller Symptome, die irgendwie mit der Krankheit in Beziehung zu bringen wären, wird der Schlaf schlecht, verringert sich der Appetit, es treten Kopfschmerzen ein. Es braucht bei der plötzlichen erstmaligen Entstehung eines Krankheitssymptomes z. B. der Rückenschmerzen ein psychischer Bewusstseinsvorgang garnicht wirksam gewesen zu sein, späterhin aber können sie durch psychische Phänomene immer wieder reproduciert werden, indem die Reproduktion des stark gefühlsbetonten Erinnerungsbildes von dem stattgehabten Ereignisse dieses selbst wieder insceniert. Und es ist gerade das Typische und Charakteristische der Hysterie, dass das Krankheitsbild auf psychischem Wege immer wieder geweckt wird durch

die gesteigerte Suggestibilität; und dies um so mehr, je geringwertiger an Umfang und Inhalt die spontane geistige Tätigkeit geworden ist. Aus dieser interessierten Beharrung auf einzelnen, ganz bestimmten überwertigen Vorstellungskreisen erklärt es sich, dass bei vielen degenerativen Hysterieen eine eigentümlich verringerte Empfänglichkeit für Fremdsuggestionen im wachen Zustande vorhanden ist, die die Ueberzeugung von einer Besserung oder gar Hebung der Krankheit ausserordentlich schwierig macht. Die Schwere des hysterischen Krankheitsbildes resp. der Lähmungen bleibt nicht immer dieselbe, sondern richtet sich ganz darnach, ob der Patient eine Ablenkung seiner Gedanken auf etwas völlig anderes findet, und so die Bewusstseinsempfindung seines Leidens unbewusst zurückdrängt, oder ob er wieder in ein System von verhängnisvollen Autosuggestionen verstrickt wird, die eine schwere Störung seiner Persönlichkeit herbeiführen. Dem öfteren Wechsel einer, wenn auch nur vorübergehenden Besserung seines körperlichen Leidens sind die hysterischen Stimmungsanomalien angepasst.

Der Hysteriker ist nicht im Stande seine Affekte zu unterdrücken, daher wird er reizbar und launenhaft. Doch gilt dies mehr für die Hysterie der Frau, weniger für den hysterischen Mann, den eine mehr oder minder gedrückte Stimmung selten verlässt. Der Patient, der eben noch scheinbar besser ging (z. B. ohne Stock), oder längere Zeit ohne sichtliche Anstrengung oder Schmerzhaftigkeit sass, und dabei ganz guter Dinge war, ist eine Stunde später wieder ganz derselbe wie sonst: Er hat Kopfschmerzen, kann wieder sehr schlecht gehen, und ist gedrückter Stimmung. Vergleicht man diese beiden, aufeinanderfolgenden, und doch verschiedenen Zustände miteinander, so kommt man endlich zu dem Schluss: Die Beine könnten schon ganz gut bewegt werden, der Gang würde garnicht so unbeholfen sein, wenn der Kranke nur wollte; er kann aber nicht wollen!

Ebenso wie die hysterischen Krankheitszustände, beruhen aber auch die simulierten Krankheitssymptome auf Vorstellungen des Kranken. Während es sich aber im ersten Falle um krankhafte Vorstellungen handelt, die sich, wie schon oben erwähnt, zwangsartig und mit unabweisbarer Hartnäckigkeit im Bewusstsein des Kranken festgesetzt haben, handelt es sich bei der Simulation

um Vorstellungen, welche sich der Simulierende selbst aus seinem ganzen Bewusstseinsinhalt heraus mit bestimmter Absicht gebildet hat, und so je nach der gewollten Einwirkung gebraucht. Im Gegensatz zur Hysterie haben wir also bei der Simulation den bewussten Willen zu täuschen. Damit soll aber nicht gesagt sein, dass nicht auch manche Hysteriker mit Bewusstsein simulieren. Das Bewusstsein der Täuschung in praxi nachzuweisen, ist oft ungemein schwierig. Aus der ganzen Entwickelung und dem Verlauf der Krankheit muss eben aus den einzelnen Symptomen erschlossen werden, ob wirklich absichtliche aus bewusster Lüge entspringende Täuschungsversuche vorliegen, oder ob sich ohne direktes Zutun der Patienten doch nicht körperliche Veränderungen in ihrer pathologisch gesteigerten Einbildungskraft gebildet haben. Vor allem ist nicht zu vergessen, dass die Kenntnis der ganzen Persönlichkeit, und die ethischen Eigenschaften vor dem Einsetzen der Krankheit – indessen auch wieder mit gewissem Vorbehalt – wichtige Fingerzeige geben, ob man es mit Simulation, Aggravation oder Hysterie zu tun hat, um nicht die Gefahr eines falschen resp. ungerechten Urteils auf sich zu laden. –

Wie eng die Grenzen in dieser Hinsicht gezogen sein können, und wie wichtig es ist, derartige Fälle von vornherein richtig zu erkennen, zu beurteilen und zu behandeln, zeigt uns der Fall H, dessen Vorgeschichte im Anfang schon kurz wiedergegeben wurde, um bei der obigen Abhandlung darauf zurückgreifend immer Bezug nehmen zu können. Die einzelnen Gutachten, die von verschiedenen Aerzten in nacheinanderfolgenden Zeitabschnitten aufgenommen wurden zur Bestimmung der Unfallsrente, nachdem die mehrfachen Behandlungsmethoden im Krankenhaus ohne Erfolg geblieben waren, stimmen im Grunde alle darin überein, dass es sich nicht um ein organisches, sondern um ein funktionelles Nervenleiden handele, dessen Beschwerden auf hysterischer Basis beruhten. Die Bewegungsbeschränkung – so heisst es – mache einen durchaus psychisch bedingten Eindruck, da der Willensimpuls zu fehlen scheine. Trotzdem der Unfall bereits am 13. Oktober 1908 passiert war, und die Unfallrente am 21. Mai 1909 auf 20%, am 27. Mai 1909 auf 40% geschätzt war, protestrierte H. am 1. November 1909, er sei keineswegs besser, sondern eher noch schlechter als im Krankenhaus und sei völlig

erwerbsunfähig. Dass H. durch die dauernden Existenzsorgen, „Begehrungsvorstellungen", wie sich v. Strümpell ausdrückt, Untersuchungen, Gutachten u. s. w. direkt gezwungen war sich immer wieder nur mit sich selbst und seinem Leiden zu beschäftigen, und sich dadurch immer mehr von der Schwere desselben zu überzeugen, ist selbstverständlich. Als H. am 13. Oktober 1909 zur Behandlnng und Begutachtung in die Psychiatrische und Nervenklinik nach Kiel überwiesen wurde, waren die Krankheitserscheinungen bei der Aufnahmeuntersuchung die gleichen wie immer. Ausser einer angeblichen Klopfempfindlichkeit in der Höhe des 8 – 9 Brustwirbels und Schmerzen beim Stauchen der Schultern, konnte keine organische Veränderung, nicht einmal eine Atrophie der Beinmuskulatur trotz der bereits nun fast ein Jahr bestehenden ziemlichen Inaktivität der Beine festgestellt werden. Forzierte Gehversuche waren scheinbar unmöglich.

Im Anschluss hieran möchte ich es nicht unterlassen den Verlauf der Krankengeschichte vom 16. September bis 6. Dezember 1909 hier wiederzugeben, die zeitweilig doch ein ganz anderes Bild bietet den Folgen der Autosuggestion, im anderen Falle der Gedankenablenkung entsprechend.

16. September. Appetit gut, Schlaf wechselnd. Manchmal schlafe er überhaupt nicht. Stimmung gallig gedrückt. Er müsse häufig aber wenig Wasser lassen.
17. September. Patient drängt sehr mit dem Aufstehen, da er im Bett mehr Kopfschmerzen habe wie sonst. Patient erhält Bäder und soll Gehübungen machen.
20. September. Angeblich noch keine Besserung. Schlafe schlecht, er wolle gesund werden, und gebe sich alle Mühe.
22. September. Klagt über Kopfschmerzen, Puls oft beschleunigt, übt sich täglich im Gehen. Bäder und kalte Abreibungen.
25. September. Geht etwas regelmässiger, schleppt das rechte Bein nicht mehr so stark. Patient meint selbst, es ginge besser.
29. September. Wieder gedrückter; weint, es gehe garnicht besser.
2. Oktober. Klagt viel über Kopfschmerzen, sieht aber sehr wohl aus. Stöhnt und ächzt, wenn er sich ohne Unterstützung im Bett aufrichten soll. Versucht täglich zu gehen. Geht auch zuweilen ohne Stock, es strenge ihn aber furchtbar an.

6. Oktober. Soll jetzt ohne Stock gehen. Puls ist häufig frequent bei der Visite.

11. Oktober. Geht ohne Stock. Er bekommt aber immer Kopfschmerzen danach, weil es ihn anstrenge. Auf Zureden geht er auch in den Garten.

18. Oktober. Es geht im ganzen etwas besser, habe aber noch Schmerzen beim Auftreten und beim Aufrichten. Kann beide Beine, wenn er im Bett liegt mit guter Kraft heben, kann sich aber ohne Unterstützung angeblich nicht aufrichten. Steht frei ganz gut. Bekommt auf Wunsch elektrische Bäder.

24. Oktober. Wenn die Aerzte kommen an sich etwas gedrückt, sonst ganz munter.

28. Oktober. Habe Schmerzen, wenn er sich aufgerichtet habe, und wenn er aufgerichtet gehen müsse. Bittet wieder um seinen Stock, trotzdem er in der letzten Zeit ohne denselben gegangen ist. Der Gang ist wie spastisch, schleppt auch die Füsse auf dem Boden, aber jetzt gleichmässiger als anfangs.

1. November. Zeitweise etwas missgestimmt, dann aber bald wieder sehr heiter. Gang immer noch schwerfällig. Steht von selbst vom Stuhle auf, stützt sich aber dabei mit den Händen.

13. November. Kann nur kurze Zeit ohne Stütze stehen, geht breitbeinig, steif; klagt, es sei keine Aenderung eingetreten.

1. Dezember. Steht tagsüber auf, geht mit kurzen Schritten schwerfällig, ohne die Beine recht abzuheben, und schiebt sich mehr über den Boden. In Anwesenheit der Aerzte ist der Gang aber entschieden schlechter als sonst. Klagt öfters über Kopfschmerzen, spielt aber lange Zeit hintereinander Karten, und macht keinen besonders kranken Eindruck.

6. Dezember. Vermag ohne besondere Unterstützung ein ziemlich grosses Stück zu gehen, klagt nachher über Schmerzen. Strengt sich beim Gehen augenscheinlich sehr an, spannt die Muskulatur in ganz unzweckmässiger Weise an, und schwitzt dabei. –

Obwohl die Krankengeschichte beweist, dass der Krankheitsverlauf gewissen Schwankungen – Remissionen – sowohl physischer wie psychischer Natur unterworfen sein kann, so ist doch ersichtlich, dass in diesem Falle die Hysterie bereits ziemlich

tief eingewurzelt ist; und gerade diese traumatischen Hysterieen, bei denen die Stelle des Traumas den Ort der späteren hysterischen Erscheinungen beeinflusst hat, geben eine sehr schlechte Prognose.

Letztere ist nicht nur ungünstig in Bezug auf die Beseitigung der ganzen Hysterie, sondern auch gerade bei den traumatischen Hysterieen ungünstig für die einzelnen Symptome. Dass dabei wieder die Rentenentschädigungsfrage eine gewisse Rolle spielt, dürfte nicht zu verkennen sein. Denn der Kampf um die Rente lenkt naturgemäss immer wieder die Gedanken des Kranken auf seine Beschwerden hin, und bringt sie ihm dadurch immer wieder von neuem zum Bewusstsein. Wenn auch die Statistik der hysterischen Astasie und Abasie angibt, dass etwa $^2/_3$ der Fälle zur Heilung gelangen, so darf keineswegs eine sanatio completa darunter verstanden werden. Denn das an sich nicht so ungünstige Resultat, wird dadurch stark beeinflusst, dass Recidive ein recht häufiges Vorkommnis sind, und dass man daher im einzelnen Falle nur schwer mit absoluter Sicherheit von definitiver Heilung sprechen kann.

Was die Therapie der traumatischen hysterischen Lähmung anbetrifft, so sind leider die spezifischen Behandlungsweisen derselben wie mit kalten Packungen, Massage, elektrischen Bädern, faradischen Strömen und ähnlichem, allein bisher selten von grossen Erfolgen gewesen. Die Hysterie ist der Hauptsache nach psychogenen Ursprungs, und darum muss auch ihre Grundbehandlung eine psychische sein. Dass wir trotzdem zur Durchführung und zur Unterstützung derselben die eben erwähnten physikalischen Behandlungsmethoden dazu bedürfen, ist sicherlich unbedingt notwendig.

Obwohl oben erörtert wurde, dass die Fremdsuggestion besonders bei älteren männlichen Individuen mit bereits lange bestehender, hysterischer Parese mitunter äussert schwierig ist, so kann doch von der suggestiven Autorität des Arztes, d. h. wenn die Suggestion klug angewandt, und der geistigen Individualität des Patienten angepasst wird, viel erwartet werden. Bei hysterischen Lähmungen kann gerade durch die sogenannte Uebungstherapie ein grosser Einfluss auf die Psyche ausgeübt werden. Mit Recht ist die Ausgestaltung dieser Uebungstherapie als Willenstherapie oder Willensgymnastik bezeichnet worden.

Wenn wir bei den hysterischen Lähmungen von einer Aufhebung der Willkürbewegungen sprechen, so will dies besagen, dass hier diejenigen Muskelbewegungen verringert oder aufgehoben sind, welche durch bestimmte psychische Vorgänge ausgelöst werden. Jede Affekterregung, jede überwertige Vorstellung kann hemmend auf die Auslösung dieser Bewegungsvorstellung einwirken, die, wirklich in die Tat umgesetzt, von schmerzhaften Erregungsgefühlen begleitet ist, und so einen hemmenden Einfluss ausübt auf die cortiko-motorische Funktion, d. h. auf die Bewegung. Es ist deshalb die Absicht dieser Uebungstherapie durch Gymnastik den Kranken nach und nach an den Gedanken zu gewöhnen, dass seine Beine wieder leistungsfähiger werden. Hierbei ist es sicher von grossem Vorteil auf das systematisch gesteigerte Fortschreiten von leichten zu schwereren Uebungen, und auf die Präzision in der Ausführung derselben besonderen Wert zu legen. Auf alle diese Weise sucht man den Zweck zu erreichen, das hemmende Moment, nämlich die Vorstellung von der Unfähigkeit zur Ausführung der Bewegung zu verdrängen.

Indessen es kann noch mehr getan werden für die Therapie.

Bereits zu Anfang hat sich der ärztliche Gutachter davor zu hüten, dem Kranken gleich eine ernste Prognose oder Diagnose zu stellen, womöglich wie in unserem Falle von einer Verletzung der Wirbelsäule zu sprechen. Seiffer hat darauf hingewiesen, wie verhängnisvoll derartige unvorsichtige Aeusserungen bei den in dieser Hinsicht nun wieder sehr sehr leicht beeinflussbaren Kranken werden können. Von Wichtigkeit wird es in der Behandlung der traumatischen Hysterie auch sein, dass der Kranke aus der gewohnten Umgebung entfernt wird, wo er nur Fragen und Mitleidsäusserungen seiner Angehörigen zu hören bekommt.

Ausserdem sollten die Untersuchungen nicht zu oft wiederholt, und das Rentenverfahren beschleunigt und vereinfacht werden, soweit dies angängig ist. Gelingt es überhaupt die Aufmerksamkeit des Kranken von seinen Leiden abzulenken, und seine depressiven Gefühle nach Möglichkeit zu beseitigen durch irgend welche Beschäftigung, so ist damit schon viel gewonnen. Und wenn zu allen diesen Faktoren in der Behandlung der Krankheit die allmähliche Wiedergewöhnung an die Arbeit möglich ist, wenn wir Jedem, der will, auch bei partieller Arbeitsfähigkeit Arbeits-

gelegenheit schaffen, dann wird auch die Prognose der ganzen traumatischen Hysterie mit ihren Folgeerscheinungen besser werden. –

* * *

Am Schlusse der Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht Herrn Geh. Med.-Rat Professor Dr. Siemerling meinen herzlichen Dank auszusprechen für die liebenswürdige Ueberlassung der Arbeit, und für sein persönlich bekundetes Interesse an ihrem Fortschreiten.

□ □ □

Litteratur.

1) Biswanger und Siemerling (Lehrbuch der Psychiatrie).
2) Biswanger (Hysterie).
3) Die deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts. (VI. Band. Zichen, über Hysterie).
4) Thiem (Handbuch der Unfallerkrankungen).
5) Bruns (Traumatische Neurosen).
6) v. Strümpell (Ueber die Untersuchung, Beurteilung und Behandlung von Unfallkranken).
7) Schuster (Traumatische Erkrankungen).
8) Sachs und Freund (Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen).
9) Real-Enzyklopandie der gesamten Heilkunde, Band XI.

□ □ □

Lebenslauf.

Verfasser der Arbeit, Gerhard Schichhold, wurde am 6. März 1885 zu Wellersdorf Kreis Sorau N.-L. als Sohn des Pfarrers Robert Schichhold geboren und evangelisch getauft. Er besuchte die Königlichen Gymnasien zu Sagan (Schlesien), Berlin (Joachimsthal'sches Gymnasium) und Sorau N.-L., wo er Michaelis 1905 das Zeugnis der Reife erhielt. Darauf studierte er Medizin in Leipzig, München und Kiel, wo er Ostern 1908 das Tentamen physikum bestand. Nach Absolvierung seiner Militärpflicht in Breslau beim IV. Niederschlesischen Infanterie-Regiment No. 51 kehrte er nach Kiel zurück, legte dort das medizinische Staatsexamen ab, und vollendete es am 17. Dezember 1910.

□ □ □

Rauert & Pittius
G. m. b. H.
Sorau N.-L.